

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme im Seniorenzentrum Emmaus  
Schwandorfer Str. 20, 72221 Haiterbach-Beihingen  
Tel.: 07456/9445-0, Fax: 07456/9445-100

<b>1. Vor- und Zuname</b>				
<b>2. Geburtsdatum</b>				
<b>3. Benötigt der / die Patient/in Hilfe beim:</b>				
Gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Essen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Ankleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>4. Ist der / die Patient/in:</b>				
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>Bei Vorliegen einer Demenz bitte Mini Mental Status (MMSE) erheben. Punktzahl:</b>				
<b>5. Treten nachts Unruhezustände auf ?</b>				
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>6. Ist der / die Patient/in bettlägerig ?</b>				
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>7. Liegt Inkontinenz vor ?</b>				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>8. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung) ?</b>				
<b>9. Besteht eine SuchtKrankheit (wenn ja, welche) ?</b>				
<b>10. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art) ?</b>				
<b>11. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art) ?</b>				
<b>12. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC, MRSA, HIV, Hepatitis etc. ? (bitte genau bezeichnen)</b>				

<b>13a. Diagnose</b>				
<b>13b. Künstliche Ernährung ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> PEG - Sonde	<input type="checkbox"/> Nasensonde
<b>14a. Pflegestufe</b> (wurde eine Einstufung vorgenommen?)	<input type="checkbox"/> Ja in Stufe:	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
	<input type="checkbox"/> Nein			
<b>14b. Liegt eine eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a/b SGB XI vor ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf liegt vor			
	<input type="checkbox"/> Nein			
<b>15. Welche Medikamente müssen verabreicht werden ?</b>				
<b>16. Ist Diät / Schonkost erforderlich ?</b> (wenn ja, welcher Art ?)				
<b>17. weitere Hinweise, Bemerkungen</b>				
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person	Stempel und Unterschrift des Arztes			
Ort:				
Datum:				